ITEM 278 : PANCREATITE CHRONIQUE

= inflammation chronique du pancréas aboutissant à une fibrose progressive du parenchyme puis une destruction de la glande pancréatique ➝ affecte le tissu exocrine puis endocrine
- Stade initial : **poussées de pancréatites aiguës**, **douleurs récidivantes** et **chroniques**
- Prédominance masculine (4/1), âge moyen des 1er symptômes = 40 ans

Etiologies

- **Alcoolisme chronique** (70-85%) : consommation d'OH de 100-150 g/j pdt 10-15 ans – *concerne < 5 % des OH*
Rq : **Tabac** = facteur de risque présent dans 80% des cas
- **Hypercalcémie chronique** > 3 mmol/L : notamment **hyperparathyroïdie** (1%) – *concerne 7% d'hyperpara*
- **Héréditaire** = maladie AD, généralement par **mutation du site auto-catalytique de la trypsine**, sujet jeune < 15 ans
Rq : **Autres mutations** favorisant ou entraînant : **inhibiteur de la trypsine** (**SPINK1**), **gène CTFR** (**mucoviscidose**), à transmission récessive, révélation avant 35 ans
- **Auto-immune** : rare, de type 1 (IgG4) ou de type 2 (MICI), présentation pseudo tumorale
- **Obstructive** : **obstacle tumoral** ou **sténose du canal de Wirsung** secondaire à un **traumatisme**, une **séquelle de pancréatite aiguë** ou une **anomalie de formation des canaux pancréatiques**
- **Idiopathique** : 10% des cas

Diagnostic

Clinique		= **Douleur épigastrique, transfixiante, déclenchée par l'alimentation ou la prise d'alcool** - Due à une **poussée de pancréatite aiguë**, une **pancréatite chronique** sans poussée, un **pseudokyste**, une **sténose digestive** ou une **compression de la voie biliaire principale** - Profil variable : douleur aiguë de quelques heures-jours, douleur post-prandiale épisodique, douleur fluctuante sur plusieurs mois, douleur sourde permanente - Souvent associée à un **amaigrissement** : appréhension de la prise alimentaire, dénutrition alcoolique ➝ La **douleur disparaît** après 10 à 20 ans d'évolution associée à l'**apparition des complications**
Pancréatite aiguë		= Forme fréquente de révélation d'une pancréatite chronique : **40-50%** de pancréatite aiguë dans les 5ière années d'évolution d'une pancréatite chronique alcoolique ➝ Risque de **complications de PA** avec conséquences locales et générales
Pseudokyste		= **Collection liquidienne de suc pancréatique** (pur et clair) ou de **nécrose liquéfiée** : 20-40% des cas - Formé dans les suites d'une **pancréatite aiguë** (nécrose) ou par **rétention canalaire** (liquide clair) - Peut rester stable, régresser ou se compliquer - Complication : - **Compression de voisinage** : voie biliaire principale, duodénum, axe spléno-portal - **Infection** : abcès pancréatique - **Hémorragie** - **Rupture :** dans un organe creux voisin ou dans une séreuse (plèvre, péritoine)
Compression	Hépatobiliaire	- **Compression de la VBP** par la fibrose, l'inflammation ou un pseudokyste : **cholestase anictérique**, ictère rare, prurit exceptionnel
	Duodénale	- **Compression duodénale** par la fibrose, l'inflammation ou un pseudokyste
Hémorragie digestive		= Dans 10% des pancréatites chroniques : - **Wirsungorragie** (secondaire à une **érosion vasculaire**) - **Pseudokyste** ou **rupture d'un pseudo-anévrisme** - **Hypertension portale segmentaire** (10%) par compression veineuse : **varices cardio-tubérositaires**
Insuffisance exocrine		= Survenue quasi-inéluctable après 10 ans d'évolution : destruction de > 90% du pancréas exocrine - **Stéatorrhée** = débit fécal de graisse > 7 g/j pour un régime à 100g de graisse ± **confirmé par ↘ élastase fécale** : selles claires, mastic, très nauséabondes, flottante, tachant le papier hygiénique - **Amaigrissement** modéré
Diabète		= Complication majeure, tardive et quasi-inéluctable : 1/3 des patients après 15 ans d'évolution - **Non insulino-dépendant** puis **insulino-dépendant** - Possible circonstance de découverte en cas de forme indolore (rare)
L'insuffisance exocrine, le diabète et les calcifications apparaissent parallèlement		
Dégénérescence		= Augmente le risque d'ADK **pancréatique** (surtout la 1ère année du diagnostic), favorisé par le tabac ➝ Le risque absolu reste faible (< 5%) : **ne justifie pas de surveillance particulière**
Autre complication de l'alcoolo-tabagisme		= Principale cause de surmortalité : recherche systématique - **Cancer ORL, pulmonaire, œsophagien** - **HTA, insuffisance coronarienne** - **Hépatopathie alcoolique** (risque de cirrhose OH de 10-20%)

Diagnostic	**B** **B**	- **Normale** en dehors des poussées aiguës (↗ lipasémie) - Surveillance : recherche de **cholestase** (GGT, PAL) et de **diabète** (glycémie à jeun, HbA1c), **bilan OH** (GGT, VGM)	
	PC	- Signes souvent absent au début de la maladie : apparition progressive - Stade précoce : inflammation ± importante au cours des poussées aiguës - Stade chronique : **Calcifications, Anomalies canalaires (dilatation, irrégularité de calibre) et parenchymateuse**	
		Echo abdo	- Détection : - **Anomalie parenchymateuse, calcifications, pseudokyste intra-pancréatique** - Plus rarement **anomalies canalaires** (dilatation, irrégularité) ➙ Ne voit pas la totalité du pancréas dans 1/3 des cas
		TDM AP+	= **Sans** et avec **injection** : examen de 1ère intention et de référence - Phase sans injection : **calcifications pancréatiques** - Phase injectée : **pancréatite aiguë, pseudokyste, hypertension portale**
		CPRM	**= Cholangio-pancréatographie par résonance magnétique (IRM)** - **Cartographie canalaire biliaire et pancréatique** : examen de référence - Ne visualise pas les calcifications, moins performant que le TDM pour le parenchyme
		Echo-endoscopie	En 3ème intention (suspicion de PC débutante) - Anomalies du parenchyme et des canaux pancréatiques : forte sensibilité - Recherche de cause non alcoolique : lithiase biliaire, tumeur **- Traitement endoscopique des pseudokystes** (par dérivation)
	Stratégie diagnostique		- **Diagnostic formel : Anomalie canalaire typique** (alternance sténose-dilatation) + **Calcifications pancréatiques** (quasi-pathognomonique) + **Insuffisance pancréatique exocrine** - La preuve histologique (fibrose) est exceptionnelle (pas de biopsie en l'absence de tumeur) - Au début de la maladie : évoqué par des pancréatites aiguës à répétition ou une douleur chronique chez un grand alcoolique de 40-45 ans
Evolution	= Evolution sur 15-20 ans : PA et complications au début, puis ↘ progressive des symptômes douloureux en même temps que l'apparition de l'insuffisance pancréatique exocrine et endocrine et des calcifications - 5 premières années : **douleur chronique** (80% des cas) et **pancréatites aiguës**, ↘ après la 10ème année - Entre 5-10 ans : ↗ fréquence des **pseudokystes** et **compression des voies** biliaires, douleurs plus rare - Après 10 ans : disparition des douleurs, pancréas calcifié et fibreux - Après 15 ans d'évolution : prédominance du **diabète** et de **l'insuffisance pancréatique exocrine** ➙ Pronostic : 30-35% de surmortalité après 10-20 ans, dont seulement 1/3 des cas est dû à la pancréatite chronique ➙ Principales causes de décès (= non liés à la PC) : affections liées à l'OH/tabac (cancers, affections CV)		
Prise en charge	**Sevrage alcool - tabac**	- **Sevrage OH** : ↘ douleur, meilleurs résultats ➙ Priorité du traitement : obtenue dans > 50% des cas - **Sevrage tabagique** : ↘ le risque de pancréatite aiguë par 2, limite le risque de décès par K, CV	
	Douleur	= Nombreuses composantes : hyperpression canalaire et tissulaire, inflammation, infiltration nerveuse et pseudokystes ➙ PEC complexe	
		1ère intention	**- Sevrage alcoolo-tabagique** - **Antalgique** 1 ou 2 (palier 3 réservé aux crises en hospit) - **AINS** **- Antalgique neuropathique** (prégabaline) en cas d'infiltrat nerveux péri-pancréatique entraînant des douleurs permanentes
		Traitement de l'hyperpression canalaire et tissulaire	= Efficacité de 80% - **Chirurgie** : dérivation du canal pancréatique principal si diamètre > 5 mm - **Endoscopie** : sphinctérotomie endoscopique + prothèse pancréatique
		Dernière intention	**Résection chirurgicale** : réservée aux cas non contrôlés
	Insuffisance exocrine	**Extrait pancréatique** : si amaigrissement ou stéatorrhée (clinique ou biologique) ➙ si PC évolué - 1-2 cp avant le repas adaptée à la charge calorique (↗ si repas gras ou copieux) - si ttt inefficace, ajouter un anti-sécrétoire gastrique	
	Insuffisance endocrine	- PEC du diabète : **RHD**, **antidiabétiques oraux**, **insuline** - Arrêt de la consommation alcoolique (risque d'hypoglycémie)	
	Pseudokystes	= **Indication thérapeutique : pseudokyste compliqué ou volumineux** - **Endoscopie en 1ère intention** : drainage à travers la papille principale ou une paroi digestive (estomac ou duodénum) avec contrôle écho-endoscopique - **Dérivation ou résection chirurgicale** : en cas d'échec du traitement endoscopique	
	Sténose biliaire	- **Dérivation chirurgicale cholédoco-duodénale** ou **cholédoco-jéjunale**	